

California Mini-Corps



ESCUELA AL AIRE LIBRE PARA LA EDUCACIÓN DE NIÑOS MIGRATORIOS Información Médica de Emergencia Y Autorización Para Tratamiento

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Inicial: _____

Domicilio completo: _____

Padre(s)/Guardián(es) legalmente responsable por el estudiante: _____

Número de Padre(s)/Guardián(es) en caso de emergencia: () _____

Favor de proveer otros 2 número(s) de teléfono en caso de que no lo podamos localizar durante una emergencia:

Nombre y Relación: _____ () _____ Teléfono
Nombre y Relación: _____ () _____ Teléfono

INFORMACIÓN MÉDICA

Aseguranza Médica/Medi-Cal: _____ Número de póliza: _____

Nombre del médico: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Alergias: Sí No En caso de que **Si**, favor de explicar: _____

El estudiante padece ó ha padecido de la(s) siguiente(s) enfermedad(es): _____
(Asma, cirugía reciente, etc.)

Nombre del medicamento que su hijo(a) está tomando ahora: _____

¿Ha sido vacunado su hijo(a) con la vacuna DPT/DT (Difteria/Tétano) en los últimos 10 años? Sí No

Usa: Lentes Anteojos de contacto ó pupilentes Aparato Auditivo

Para mejor ayudar a su hijo(a) por favor conteste lo siguiente:

Sí	No	Otra información que nos ayude para poder cuidar a su hijo(a):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su hijo(a) es sonámbulo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su hijo(a) orina en la cama _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su hija ha empezado su regla _____

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

En caso de una emergencia (lesión ó enfermedad inesperada de su hijo(a)) será necesario que un médico atienda a su hijo(a) antes que **los Programas Especiales de Educación Migrante y el personal del Programa Educación Al Aire Libre de Mini-Corps** pueda comunicarse con usted, su médico de familia, ó la persona que usted indique en caso de emergencia. El cuidado médico puede ser proveído **solamente** si usted firma la siguiente **autorización**. Es necesario que usted **lea y firme** la declaración antes que su hijo(a) pueda ser aceptado(a) como participante en el **Programa de Educación Al Aire Libre de Mini-Corps**.

Consentimiento Para Tratamiento Médico

En caso de enfermedad ó lastimadura, por medio de la constante autorizo que se lleven acabo exámenes de rayos X, anestesia, diagnosis médicos, cirúrgicos ó dental, ó tratamiento y hospitalización que se considere necesaria a la mejor discreción del doctor ó dentista que atienda, y que se haga por, ó bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital ó facilidad dando los servicios médicos ó dentales.
Una nota especial para los padres/guardianes legales de acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación:

- 1) Favor de indicar aquí si hay problemas especiales de los cuales nuestros empleados deben estar enterados, y si hay medicamentos requeridos en el campamento.
- 2) Todos los medicamentos deben ser registrados en esta forma con instrucciones escritas por el/la doctor(a) tocante la manera de administración. _____

Todos los medicamentos, con excepción de aquellos que el estudiante debe mantener consigo mismo en caso de emergencia, deben mantenerse y ser distribuidos por nuestros empleados.

Si su hijo(a) tiene un problema médico especial, favor de adherir una descripción del problema a este documento.

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

Nombre de la escuela de verano:

MSRTS # del Estudiante:

Nombre del representante del programa migrante y número de teléfono: () _____ Teléfono () _____